

Onderweg naar duurzaam thuis

Jaarcongres Geriatrische Revalidatie 2022

Ank Mollema en Shanty Sterke



Eind januari stond het jaarlijkse congres van Studio GRZ voor de zesde keer op de agenda. Vorig jaar vond dit congres online plaats. Dit jaar stond er weer een fysieke editie gepland. Maar helaas lieten de coronamaatregelen dit toch niet toe. Om het leed wat te verzachten kregen de deelnemers in de week voorafgaand aan het congres een verrassing in de brievenbus: een box met een bioscoopbon, notitieboekje, oortjes, springtouw, chocola en meer. Vanuit huis of vanaf de werkplek waren 400 deelnemers online aanwezig bij dit congres met het thema *Onderweg naar duurzaam thuis*.

In een sfeervolle studio ontvangt dagvoorzitter Kim Coppes de sprekers aan tafel. Na de opening is het eerst tijd voor vragen aan het publiek. Om voor accreditatiepunten in aanmerking te komen moeten de deelnemers gedurende de dag verschillende vragen beantwoorden. Zo wordt voor de organisatoren duidelijk hoeveel mensen er aanwezig zijn, uit welke geledingen de deelnemers komen en wat ze van de congresbox vonden. Over de kwaliteit van het geleverde springtouw lopen de meningen uiteen. De bioscoopbon en de reep chocolade vallen bij iedereen in de smaak. De dag wordt muzikaal omlijst door Robin El-Hage op accordeon en piano.

Duurzaam thuis

Wat kun jij nu al met consumentendomotica?

Het eerste blok heeft als thema *duurzaam thuis*. Allereerst vertelt Elmer Tiebacks, adviseur innovatie en fysiotherapeut, over het inzetten van consumentendomotica, d.w.z. de domotica ofwel de woonhuisautomatisering, die iedereen gewoon in de winkel kan kopen. Een robotstofzuiger is er een voorbeeld van.

Er zijn ook verschillende soorten systemen om met Google Home, Siri of via een app, gordijnen te openen, lampen centraal aan en uit te doen of deuren op afstand te openen.

In het Zuid-Hollandse expertisecentrum revalidatiezorg Basalt is een proefwoning waarin een revalidant de domotica een paar dagen kan uitproberen. Het doel is vooral om thuis makkelijker te kunnen functioneren.

Dit soort systemen zijn overal verkrijgbaar en relatief goedkoop. Er is geen aanvraagprocedure nodig. Maar daarentegen worden ze ook niet vergoed. Daarnaast kunnen er vraagtekens gesteld worden bij de privacy, en er is een stabiel thuisnetwerk vereist. Een ander nadeel is dat mensen minder uitgelokt worden om te bewegen. Immers gemak dient de mens. Het zou mooi zijn wanneer alle behandelaren vanuit hun eigen professie kijken welke middelen zinvol zijn voor een revalidant. De inzet van domotica kan geborgd worden wanneer het wordt opgenomen in de verschillende zorgpaden.



De dag wordt muzikaal omlijst door Robin El-Hage op accordeon en piano

Apps voor behalen participatiedoelen

Michael Zonneveld, ergotherapeut bij Topaz en promovendus aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), neemt ons mee in de wereld van de apps. Er zijn wel 160.000 gezondheids-apps op de markt. De ontwikkeling hiervan gaat sneller dan de wetenschap. Welke apps werken goed? Welke apps kunnen ingezet worden bij doelen op participatieniveau? Uit literatuuronderzoek blijkt dat er nauwelijks studies zijn waarin participatie is meegenomen als uitkomstmaat. Het probleem is dat participatie nog niet goed gedefinieerd is en dus ook moeilijk te meten.

Zonneveld adviseert om niet zomaar een app voor een revalidant te kiezen. Maar net als voor andere hulpmiddelen een pakket van eisen op te stellen. Helaas is er nog geen overzicht van apps die het meest geschikt zijn voor de geriatrische revalidatie.

In het werkveld is er nog geen visie ontwikkeld op het inzetten van e-health en apps. Blended care, een combinatie van een live behandeling door een therapeut en een behandeling op afstand, via een digitale tool, lijkt de toekomst te zijn. Er staat een onderzoek op stapel waarin knelpunten en behoeftes van professionals en revalidanten geïnventariseerd worden. Meer informatie over onderzoeken naar e-health binnen de geriatrische revalidatie zijn te vinden op de site van het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland ([UNC-ZH](#)).

Veilig thuis met behulp van activiteitenmonitoring

Als laatste komt Margriet Pol, senioronderzoeker bij het universitair netwerk ouderenzorg Amsterdam, aan het woord. Zij vertelt over het inzetten van een activiteitenmonitor om zo inzicht te krijgen in het dagelijks functioneren van ouderen. Met deze informatie kan de daginvulling besproken worden en een individueel behandelplan opgesteld worden.

Ouderen zijn vaak bereid om technologie in te zetten. Bij de start van een revalidatietraject kan gekeken worden in welke mate mensen digitaal vaardig zijn. Ook professionals zijn bereid om technologie in te zetten. Dit vraagt wel een andere werkwijze en een andere mindset. Hoe ga je mensen begeleiden bij een revalidatieprogramma thuis?

Het inzetten van een [activiteitenmonitor bij CVA-revalidatie](#) heeft zijn nut inmiddels al bewezen.

Revalidatie thuis

Langer Actief Thuis

Elly Branderhorst, ergotherapeut bij zorgorganisatie Mijzo, vertelt bij dagvoorzitter Kim Coppens aan tafel over het programma *Langer Actief Thuis* (LAT). LAT is ontwikkeld bij Mijzo. Multidisciplinair werken is vaak minder goed georganiseerd in de wijkzorg. Niet bij Mijzo. Het programma is erop gericht dat ouderen zo lang mogelijk en weer zo zelfstandig mogelijk thuis kunnen functioneren. In maart vorig jaar is dit programma gestart en inmiddels hebben 30 ouderen het programma doorlopen. Ouderen die zich bij Mijzo aanmelden voor wijkverpleging, worden in eerste instantie maximaal twaalf weken door een interdisciplinair team begeleid om de activiteiten waar ze hulp bij vragen weer zo zelfstandig mogelijk te kunnen doen. 'We zijn gewend voor mensen te zorgen en dingen over te nemen', vertelt Brandenburg. 'Nu staan we zoveel mogelijk met de handen op de rug'. Voorheen kwam de wijkverpleging om steunkousen aan te trekken. Nu kijkt de verpleegkundige wat nodig is voor de oudere om het zelf te kunnen. Het is belangrijk dat iedereen de oudere op dezelfde manier begeleidt. Na de periode van twaalf weken blijkt dat de ouderen minder wijkverpleging nodig hebben. Zelfs meer dan de helft is weer geheel zelfstandig. Het werkt helaas niet bij iedereen. 'We zijn begonnen bij ouderen die al wijkverpleging hadden. Dan is het lastig om het af te bouwen. Het werkt wel goed bij mensen die vanuit de GRZ naar huis gaan'.

Ook zonder COVID snel naar huis met ambulante revalidatie!?!

Joyce Tauladan, specialist ouderengeneeskunde bij Zorgcirkel/GRZPLUS, houdt een pleidooi voor snelle ambulante revalidatie voor andere doelgroepen dan COVID-patiënten. Toen COVID-patiënten de revalidatiecentra binnenstroomden, kon er heel snel een ambulant traject worden opgezet. 'Hoe konden we dit twee jaar geleden zo snel voor elkaar krijgen en waarom lukt het maar niet om landelijk ambulante revalidatie voor normale Geriatrische Revalidatie goed in te zetten?' Dat vroeg Tauladan zich af.

Een van de redenen is dat COVID-revalidanten over het algemeen zo snel mogelijk naar huis wilden. Tijdens een opname zijn er veel beperkingen. Mensen die in isolatie zaten kregen weinig bezoek. Thuis voelden ze zich veiliger. Ook bij professionals was er veel druk om

mensen snel door naar huis te plaatsen. Bij alle groepen was er dus een urgentie. Dat leidde tot een kortere ligduur en tevreden revalidanten en professionals.

Daarnaast was er veel mantelzorgondersteuning thuis. Waar nodig werd zelfs een traumapsycholoog thuis ingezet. Een andere belangrijke factor in het succes van de snelle ambulante revalidatie was de snelle toepassing van technologie. Beeldbellen, activiteitenmonitoring en op afstand oefenen bleken goed te werken.

... vooral jongere revalidanten hadden een sneller traject nodig ...

De financiering is normaal gesproken een knelpunt. Bij COVID speelde dat minder. Dat komt door de urgentie. 'We gaan het gewoon doen, ook al hebben we geen geld'. Maar als je met een goed plan komt, dan is volgens Tauladan financiering soms wel te regelen.

Thuis verder revalideren naar meer zelfstandigheid

Tijdens een revalidatietraject is de focus van het multidisciplinaire team gericht op een spoedige terugkeer naar huis. Thuis moet de revalidant zijn hersteltraject voortzetten. De wijkverpleegkundigen spelen hierbij vaak een cruciale rol. Dat zegt Marieke van Guldener, directeur Thuis bij AxionContinu. Veel zorg kan thuis geboden worden. Maar er zijn genoeg mensen die niet thuis willen revalideren. Zij ervaren het revalidatiecentrum als een veilige omgeving. Volgens Van Guldener is het geen vraag of iemand naar huis gaat, het is het antwoord. Zij vindt het de maatschappelijke opdracht van iedereen in de zorg om aan ouderen en mantelzorgers te vertellen dat het niet meer mogelijk is (langer) in een revalidatiecentrum te blijven. Na de revalidatie is het wel belangrijk dat de client in het zicht blijft.

Als succesvol voorbeeld noemt zij het mobiel geriatriesch team in Utrecht stad. De inrichting is vergelijkbaar met het al langer bestaande mobiel psychogeriatrisch team, een multidisciplinair team met een specialist ouderengeneeskunde, casemanager dementie, psycholoog en paramedici. Het mobiel geriatriesch team met een case-

manager revalidatie zorgt voor een soepele overgang vanuit het revalidatiecentrum naar huis. Ook wanneer iemand geen indicatie heeft voor wijkverpleging, kan dat wel worden aangevraagd voor de coördinerende rol.

Nurses in the Lead

Tijdens het laatste gedeelte van het ochtendprogramma schuiven hoogleraar ouderengeneeskunde Wilco Achterberg en verpleegkundigen Lida Kasius, Gerda Nijgh en Marleen van Wijnen aan. Achterberg introduceert de Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie (USER), een meetinstrument om de vooruitgang van de revalidatie te monitoren. De USER is ontwikkeld binnen de academische werkplaats van het universitair verpleeghuisnetwerk in Zuid-Holland. Het is bedoeld om de verpleging meer in the lead te zetten. 'Bij kwetsbare ouderen in de revalidatie moet je altijd interdisciplinair samenwerken', legt Achterberg uit. 'Maar daar schort het weleens aan. Soms is er een hiërarchie in een team. De fysiotherapeut is het belangrijkste, dan de dokter, en dan pas de verpleging. Wij willen dat veranderen'. De communicatie tussen de dokter en de verpleging verloopt niet altijd goed. Dokters lezen de notities van de verpleging niet altijd. De verpleging heeft vaak terecht een onderbuikgevoel. Het probleem is om dat goed over te brengen.

Monitoren vooruitgang revalidatie met behulp van USER

Lida Kasius legt uit hoe de verpleging de USER gebruikt. De USER is een instrument dat goed inzicht geeft in de mobiliteit, en ook in cognitie en gedrag. Dat kan helpen in de communicatie.

De fysiotherapeut vult de USER heel anders in dan de verpleging. De fysiotherapeut beoordeelt wat mensen in de oefenruimte laten zien. In de oefenruimte kunnen mensen vaak meer dan op de afdeling. De verpleging observeert juist wat mensen tijdens hun dagelijkse bezigheden doen. Daar is de USER ook voor bedoeld: achterhalen wat de revalidant daadwerkelijk doet tijdens het dagelijks leven op de afdeling, dus niet tijdens therapieën. Pijn, vermoeidheid en stemming hebben ook invloed op het functioneren. Iemand kan de tips van de fysiotherapeut op de afdeling weer kwijt zijn door een geheugenprobleem.

Marleen van Wijnen is door de heren van studio GRZ opgeleid om de USER te kunnen gebruiken. Door de

scholing is ze heel anders gaan kijken naar de zorg die ze geeft. 'Je geeft al snel hulp, de USER leert om goed te observeren. Dus je kijkt in plaats van dat je helpt. Je moet van tevoren al weten wat je gaat observeren. Dus niet achteraf invullen. De punten van observatie kun je gebruiken om je professie in de revalidatie sterker te maken als verpleegkundige of verzorgende'.

Tot slot hebben de verpleegkundigen aan tafel nog wat tips voor degenen die de USER willen gaan gebruiken. Je moet kartrekkers hebben en draagvlak. Wanneer je alle disciplines de scholing geeft, krijg je draagvlak. Gebruik de USER ook in het multidisciplinair overleg.

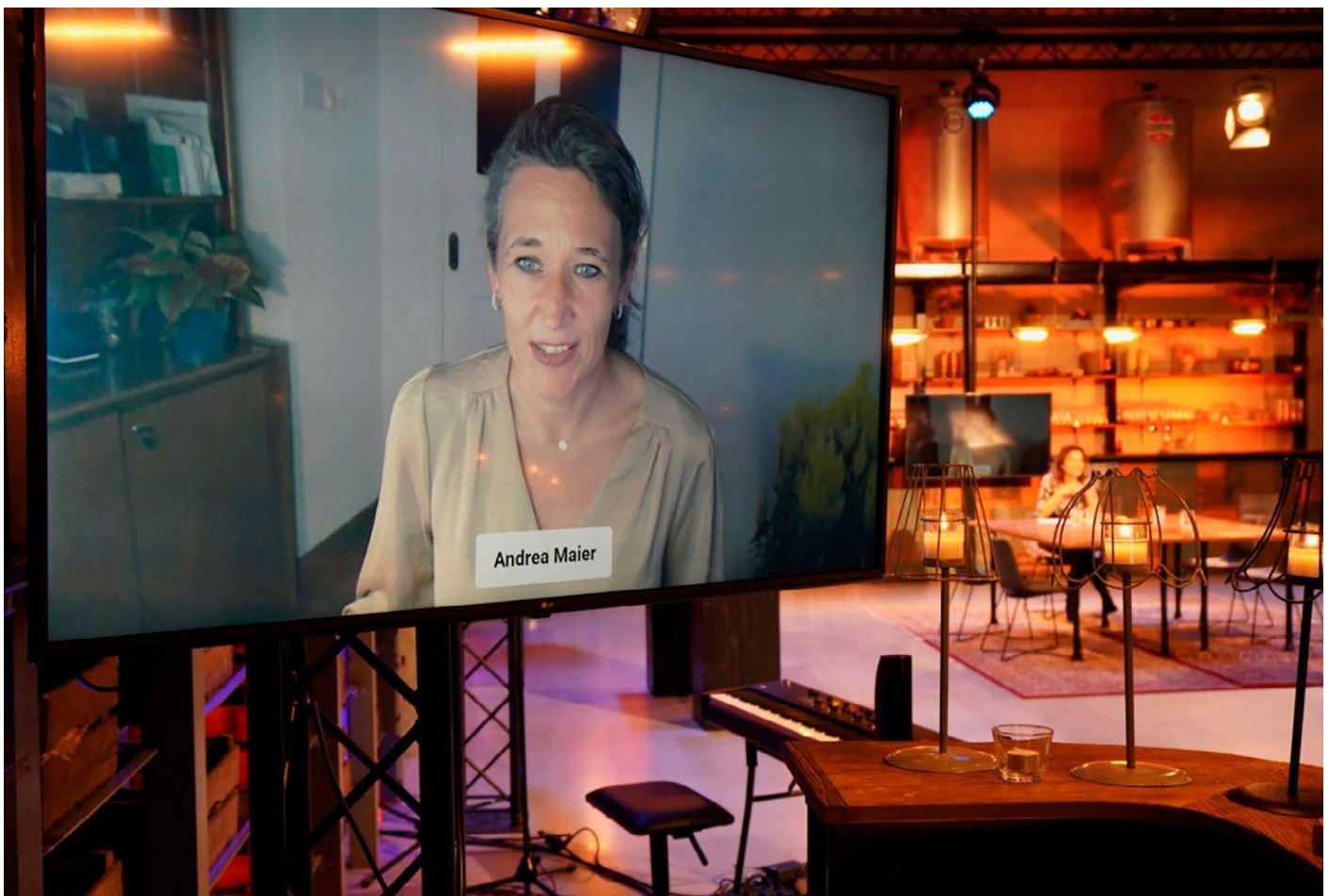
Onderweg naar huis

Geriatrische revalidatie: Dát is de toekomst!

Na de lunch is het tijd voor het thema *Onderweg naar huis*. Niet vanuit huis, maar vanuit Singapore geeft Andrea Maier na wat digitale improvisatie een presentatie over nieuwe vormen van revalidatie. Maier is hoogleraar

Gerontologie in Amsterdam en hoogleraar Geneeskunde en Gezonde Veroudering aan de universiteit in Singapore.

De uitkomsten van geriatrische revalidatie na een ziekenhuisopname zijn wisselend. Een klein deel komt slecht binnen, met veel functieverlies, en blijft ook slecht. Een ander deel komt slecht binnen en gaat verder achteruit. Een groot deel echter, ongeveer 60%, gaat wel vooruit. Waarmee is dat geassocieerd? Patiënten met blijvend functieverlies hebben meer chronische aandoeningen, vaker cognitieve stoornissen en sarcopenie. Sterfte is twee keer zo groot in de groep met sarcopenie. Wanneer knijpkracht en loopsnelheid tijdens opname vooruitgaan is de prognose gunstiger. Maar wat maakt dat iemand niet vooruitgaat? Voetproblemen blijken hierbij een belangrijke rol te spelen. Patiënten met voetproblemen en voetdeformaties moeten langer revalideren en blijken ook vaak ondervoed. Meer dan 85% heeft geen goede schoenen. Kijk bij het lichamelijk onderzoek dus goed naar de voeten



Andrea Maier via een live verbinding vanuit Singapore

en het schoeisel. Daarnaast kan ook orthostatische hypotensie (OH) een belangrijke rol spelen. Dit is een daling van de systolische bloeddruk met minstens 20 mmHg of van de diastolische bloeddruk met minstens 10 mmHg binnen drie minuten na opstaan. Uit bloeddrukmetingen 1 en 3 minuten na het opstaan, blijkt dat er bij 40% van de mensen sprake is van orthostatische hypotensie. Dit kan een gevolg zijn van bloeddruk-regulerende medicatie. Bij patiënten die klagen over duizeligheid of onstabiel lopen, kan OH een rol spelen. Maar niet iedereen met een lage bloeddruk heeft deze symptomen. Orthostatische hypotensie is een bekende risicofactor voor valpartijen tijdens en na de GRZ.

*... we staan op een kruispunt
wat betreft de inrichting van
de zorg voor ouderen ...*

Er zijn veel interventiestudies gedaan binnen de Geriatrische Revalidatie om mensen in beweging te krijgen. Dit om de *pyjama (induced) paralysis* te voorkomen. Uit een onderzoek naar het beweeggedrag van mensen op een afdeling met een uitdagend revalidatieklimaat bleek dat een deel van de mensen desondanks toch niet in beweging kwam. Dit waren vooral mensen met depressieve en cognitieve stoornissen.

Uit een onderzoek naar beweeggedrag tijdens ambulante revalidatie bleek dat mensen die thuis revalideren tot 2,5 keer meer bewegen dan tijdens de klinische revalidatie. Er werden niet meer valincidenten gemeld, de patiënten vonden het fijn en ze herstelden goed, tot bijna het niveau van voor de acute opname. Bovendien is thuis revalideren kosteneffectief. Met de helft van de kosten wordt hetzelfde resultaat bereikt.

Samenvattend: kijk naar de voeten en naar het schoeisel, meet vaker bloeddruk, knijpkracht en loopsnelheid en neem depressieve en cognitieve klachten mee. Overweeg mensen thuis te laten revalideren, dat kan vaak prima. Ga hierover in gesprek met de zorgverzekeraar.

Mantelzorgparticipatie

Verpleegkundige Esther van Koert en ergotherapeut Marianne van der Cingel introduceren het onderwerp

mantelzorgparticipatie met een videoclip. In het filmpje zien we afwisselend de revalidant en de mantelzorger. We horen Van Koert en haar man een zelfgemaakte tekst in het Nederlands en het Engels zingen op de melodie van *Holiday in Spain* (BLØF en Counting Crows). Dit prachtig gezongen lied laat ons tot in het diepst voelen hoe het is voor een mantelzorger en de partner als je niet meer dezelfde taal spreekt na een CVA. De partners spreken in het lied *de keuze voor een nieuw begin* letterlijk verschillende talen. Samen moeten ze leren om weer dezelfde taal te gaan spreken.

Het betrekken van de mantelzorger is een belangrijk onderdeel bij het revalideren. Om mantelzorgers te ondersteunen is een mantelzorgcoach lid van het behandelteam. Die geeft informatie aan de partner, bespreekt wat de partner kan en welk proefverlof is gewenst is. De coaching kan ook heel praktisch zijn, door de mantelzorger te laten helpen met het wassen en aankleden. Om er zo voor te zorgen dat de revalidant weer echt goed thuis kan wonen.

De-Bijna-Naar-Huis-Unit

Mandy Boer, teamleider GRZ, Peter Buwalda (niet de bekende schrijver maar Specialist Ouderengeneeskunde) en Gert van Empel, manager GRZ vertellen over een nieuwe afdeling die ze binnen hun GRZ-zorg bij Marente hebben opgezet.

Manager van Empel vroeg zich af wat er allemaal beter kon en maakte een analyse. Het ontbrak aan een eenduidige visie, de revalidatietrajecten waren te lang, en er waren veel WLZ-patronen. Specialist Ouderengeneeskunde Buwalda zag dat de ervaringen van revalidanten niet altijd positief waren, vooral jongere revalidanten hadden een sneller traject nodig. Ze voelden zich niet thuis in de verpleeghuisachtige omgeving.

Het functioneren thuis voorafgaand aan de ziekenhuisopname is nogal verschillend. Een revalidant die vooraf heel actief was, heeft een sneller en intensiever traject nodig. Na deze constatering hebben ze bij Marente een plan gemaakt om een afdeling met vijftien bedden op te zetten met de mogelijkheid om kort en intensief te revalideren. Revalidanten worden intern doorgeplaatst naar deze afdeling *Sprint* of direct opgenomen vanuit het ziekenhuis. Ze krijgen er intensieve therapie van het gehele behandelteam, inclusief zorg. Met als bijkomend resultaat een hoge mate van tevredenheid

van de revalidanten en een kortere ligduur, gemiddeld tussen de een en de drie weken.

Onlangs is er ook een revalidatiedagbehandeling gestart en komend jaar gaat de afdeling Sprint zich nog meer richting de thuissituatie bewegen, zodat de revalidant uiteindelijk duurzaam thuis kan revalideren.

Onderweg naar de toekomst

Een blik op de toekomst van de geriatrische revalidatie

Na een korte pauze schuift Wilco Achterberg weer aan tafel. Samen met Leonoor van Dam van Isselt, onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde. Zij schetsen een blik op de toekomst van de geriatrische revalidatie. Van Dam van Isselt doet onderzoek binnen Geriatrische Revalidatie (GR). Er is de afgelopen tien jaar veel wetenschappelijk onderzoek gedaan binnen de GR. Zo zijn er al wat proefschriften over technologie in de revalidatie verschenen. Met technologie kunnen we behandelingen verbeteren. Technologie, in de vorm van sensoren, helpt ons om behandelingen beter te meten. Technologie gaat echt helpen om de stap naar huis te maken, denkt Van Dam van Isselt.

Tot nu toe zijn er geen goede stimuleringsprogramma's en dus geen financiering vanuit het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) voor onderzoek in de GR. Maar de overheid vindt het wél belangrijk om er geld aan te gaan besteden. Daarom wordt binnenkort de nieuwe kennisagenda aangeboden aan het ministerie van VWS. Om te laten zien: dit is waar we staan, dit is waar meer onderzoek nodig is. Kennisvragen in de kennisagenda zijn onder meer: hoe kunnen we de inhoud van de behandeling verbeteren? Ambulant of thuis revalideren, hoe moet je dat doen? Wat is de strategie? Wat zijn effectieve behandelingen? Bij wie werkt het wel en bij wie niet?

Opnieuw aanleren van verdwenen vaardigheden

Thijs Houtappels, bestuurder Zonnehuisgroep Amstelland, schetst in een presentatie het belang van een andere benaderingswijze tijdens de intramurale GR-opname. Er is veel beweging in de sector en er wordt veel onderzoek gedaan. Maar de gemiddelde ligduur is in de loop van de jaren niet veranderd. En dat is zorgwekkend. Als zaken hetzelfde blijven en er tegelijkertijd een tsunami op ons afkomt (doelend



Presentatie Thijs Houtappels

op de stijging van het aantal ouderen in de komende decennia), wat betekent dat dan? Hoe moeten we daarmee omgaan?

Houtappels constateerde dat de behandelaren en andere medewerkers binnen zijn organisatie eigenlijk geen goed beeld hebben van wat er in het vakgebied gebeurt. Dat is een gemiste kans. Wil je dingen veranderen, dan moet je ook de 90% van de mensen meekrijgen die niet op de hoogte zijn van de stand van de wetenschap en best practices.

Hij vraagt zich af waarom er geen app is waarin de medewerker zich herkent. Waarin basisfeiten over zaken die in de GRZ spelen in begrijpelijke taal worden aangereikt. Je kunt wel een nieuwe onderzoeker aannemen, maar je kunt ook in plaats daarvan een vertaler zoeken die een aantal praktische zaken kan vertalen van wetenschap naar werkvloer.

GRZ als onderdeel van een toekomstbestendige zorg voor ouderen

Hekkensluiser Ronald Schmidt, bestuurder Cordaan, geeft in zijn presentatie enkele inzichten over toekomstbestendige zorg en verwerkt daarin tegelijkertijd alles wat vandaag voorbij gekomen is. Schmidt voelt de tsunami die de vorige spreker schetste nog niet. Maar we staan volgens hem wel op een kruispunt wat betreft de inrichting van de zorg voor ouderen. De komende jaren staan we voor grote uitdagingen.

... ambulante revalidatie is even effectief als klinische revalidatie, maar kost minder ...

Het rapport *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid gaat ons handelen richting geven. Er moet een aantal dingen gebeuren om toekomstbestendig te zijn. Ten eerste moeten we scherpere keuzes maken. De maatschappij realiseert zich dat nog niet. Alles kan niet blijven zoals

dat is. We moeten meer mantelzorgers in positie brengen. Ten tweede moeten er scherpere politieke keuzes gemaakt worden. Daarmee bedoelt hij dat er best op een meer verplichtende manier op brede gezondheid en preventie mag worden ingezet. Preventie gaat ertoe doen. We zitten nog steeds aan de achterkant van het proces. Maar interventies aan de voorkant zijn veel belangrijker. Tot slot, het moet goedkoper. Dus stop met vergoeden niet-passende zorg. We willen steeds beter en meer. Maar dat wordt op den duur onbetaalbaar. Een goed verhaal landt altijd bij de zorgverzekeraar. Inhoudelijk kunnen we altijd uitleggen dat iets goed werkt. Maar we moeten ook laten zien dat het goedkoper is.

Over de gehele dag zegt Schmidt dat hij het gevoel had op een congres van kroketfabrikanten te zitten. Iedereen wil de kroketten lekkerder maken. Zelfs ook iets nieuws ontwikkelen, de groentekroket. Maar de mensen willen kapsalon. Met deze metafoor wil hij duidelijk maken dat het echt anders moet. Natuurlijk is de GRZ gegroeid in de afgelopen jaren. Maar in effecten zoals ligduur is bijna niets veranderd.

Als moraal van zijn verhaal geeft hij de deelnemers een belangrijke boodschap mee: daag je uit, vraag je af *wat nou als?*

- we acute ouderenzorg uit het ziekenhuis halen
- onze GRZ als Spoedeisende Hulpafdeling functioneert
- klinisch geriateren in de wijk werken
- de GRZ en de medisch specialistische zorg fuseren
-

In het regeerakkoord wordt uitgenodigd om na te denken hoe het anders kan. Dus durf te dromen op grensvlak van cure en care.

Al met al was het een hele leerzame dag waarbij veel aspecten van het op weg naar huis en thuis behandelen binnen de GRZ aan de orde zijn gekomen. Tot slot helaas geen borrel, wel mooie muziek en lekker op tijd thuis.

Op naar het zevende congres. Hopelijk live op vrijdag 27 januari 2023.